

Resultados funcionales a largo plazo del tratamiento quirúrgico del ureterocele endoscópico versus reconstrucción abierta: Artículo de Revisión

Long-term functional outcomes of endoscopic surgical treatment of
ureterocele versus open reconstruction: A review article

Lizbeth Carolina Segovia Cañar

lizbethsegovia96@outlook.es

<https://orcid.org/0000-0002-2920-0458>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Mateo Gonzalo Villafuerte Castillo

mateogvc@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-5289-8290>

Universidad San Francisco de Quito

Quito – Ecuador

Katherine Sofía Peñaherrera Chacón

katasp29@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6032-8767>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Carlos Andrés Carrera Lovato

andres7carrera@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5127-6141>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Heidi Yaritza Guanoluisa Romero

heidiguanoluisa@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-9587-6771>

Universidad Tecnológica Equinoccial

Quito – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5103>

Artículo recibido: 29 de agosto de 2025.

Aceptado para publicación: 30 de diciembre
de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5103>

Resultados funcionales a largo plazo del tratamiento quirúrgico del ureteroceles endoscópico versus reconstrucción abierta: Artículo de Revisión

Long-term functional outcomes of endoscopic surgical treatment of ureteroceles versus open reconstruction: A review article

Lizbeth Carolina Segovia Cañar

lizabethsegovia96@outlook.es

<https://orcid.org/0000-0002-2920-0458>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Katherine Sofía Peñaherrera Chacón

katasp29@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6032-8767>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Carlos Andrés Carrera Lovato

andres7carrera@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5127-6141>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Heidi Yaritza Guanoluisa Romero

heidiguanoluisa@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-9587-6771>

Universidad Tecnológica Equinoccial

Quito – Ecuador

Mateo Gonzalo Villafuerte Castillo

mateogvc@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-5289-8290>

Universidad San Francisco de Quito

Quito – Ecuador

Artículo recibido: 29 de agosto de 2025. Aceptado para publicación: 30 de diciembre de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El ureteroceles es una anomalía congénita caracterizada por la dilatación quística del uréter distal, cuya presentación clínica varía según su localización y la presencia de duplicación renal. En la actualidad existen múltiples abordajes quirúrgicos, desde técnicas endoscópicas hasta reconstrucciones complejas, cuya elección depende de la anatomía del paciente. El objetivo principal se basa en analizar la evidencia científica reciente sobre la anatomía, clasificación, manejo quirúrgico y resultados clínicos del ureteroceles, con el fin de identificar los enfoques terapéuticos más efectivos y las consideraciones que permiten optimizar la preservación de la función renal y reducir las complicaciones. Entre mayo y octubre del 2025 realizamos una búsqueda bibliográfica sobre los resultados funcionales a largo plazo del tratamiento quirúrgico del ureteroceles endoscópico versus reconstrucción abierta. Se realizó una búsqueda en PubMed, Scopus y Web of Science. Se

seleccionaron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis publicados, revisiones, estudios prospectivos y retrospectivos. El ureteroceles presenta variabilidad anatómica que condiciona su manejo. La incisión endoscópica es la primera opción por ser mínimamente invasiva, aunque con mayor riesgo de reflujo en casos complejos. En general, el manejo debe individualizarse, ya que no existe un enfoque único válido para todos los casos.

Palabras clave: ureteroceles, cirugía endoscópica, reconstrucción abierta

Abstract

A ureteroceles is a congenital anomaly characterized by cystic dilation of the distal ureter. Its clinical presentation varies depending on its location and the presence of renal duplication. Currently, multiple surgical approaches exist, ranging from endoscopic techniques to complex reconstructions, the choice of which depends on the patient's anatomy. The main objective of this study is to analyze recent scientific evidence on the anatomy, classification, surgical management, and clinical outcomes of ureteroceles, in order to identify the most effective therapeutic approaches and considerations that optimize the preservation of renal function and reduce complications. Between May and October 2025, we conducted a literature search on the long-term functional outcomes of endoscopic surgical treatment of ureteroceles versus open reconstruction. A search was performed in PubMed, Scopus, and Web of Science. Original articles, systematic reviews, published meta-analyses, reviews, and prospective and retrospective studies were selected. The anatomical variability of ureteroceles influences their management. Endoscopic incision is the first-line option due to its minimally invasive nature, although it carries a higher risk of reflux in complex cases. In general, management should be individualized, as there is no single approach that is valid for all cases.

Keywords: ureteroceles, endoscopic surgery, open reconstruction

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Segovia Cañar, L. C., Peñaherrera Chacón, K. S., Carrera Lovato, C. A., Guanoluiza Romero, H. Y., & Villafuerte Castillo, M. G. (2025). Resultados funcionales a largo plazo del tratamiento quirúrgico del ureteroceles endoscópico versus reconstrucción abierta. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (6), 2871 – 2880. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5103>

INTRODUCCIÓN

El ureteroceles es una malformación congénita poco frecuente, 1 de cada 500 a 4000 nacidos vivos, más común en niñas y frecuentemente asociado a sistemas duplicados. El objetivo del tratamiento es descomprimir la vía urinaria, preservar la función renal y evitar infecciones urinarias (ITU), reflujo vesicoureteral (RVU) y alteraciones miccionales. En los últimos años se ha consolidado el abordaje endoscópico como tratamiento inicial en muchos centros, mientras que la reconstrucción abierta se reserva para casos complejos o fracasos del tratamiento mínimamente invasivo. Este artículo revisa la evidencia de los últimos 5 años sobre resultados funcionales a largo plazo de ambos enfoques (Goel, 2021).

Los estudios muestran que el tratamiento endoscópico ofrece buena preservación de la función renal y baja morbilidad inicial, aunque con tasas de reintervención cercanas al 30–40 %, especialmente en ureteroceles ectópicos y sistemas duplicados. La reconstrucción abierta logra menor necesidad de nuevas cirugías y mejor control del RVU, pero con riesgo no despreciable de disfunción del tracto urinario inferior en el seguimiento. La elección debe individualizarse según anatomía, función renal y riesgo de reflujo (Essamoud, 2024).

METODOLOGÍA

Entre mayo y octubre del 2025 realizamos una búsqueda bibliográfica sobre los resultados funcionales a largo plazo del tratamiento quirúrgico del ureterocelo endoscópico versus reconstrucción abierta. Se revisaron PubMed, Scopus y Web of Science (enero 2020-octubre 2025) con los términos: ureterocelo, cirugía endoscópica, reconstrucción abierta. Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis publicados, revisiones, estudios prospectivos y retrospectivos y series recientes en inglés o español. Se prioriza nivel de evidencia I-III. Los criterios de inclusión fueron: Pacientes pediátricos con ureterocelo tratados mediante cirugía endoscópica y cirugía abierta. Se analizaron variables como edad (entre 0 y 16 años), sexo, síntomas clínicos, métodos diagnósticos utilizados, tratamiento endoscópico o abierto y evolución clínica.

DESARROLLO

Ureterocelo

El ureterocelo es una anomalía congénita caracterizada por una dilatación quística de la porción intravesical del uréter distal. Esta condición puede presentarse en sistemas renales únicos; sin embargo, la mayoría de los casos se observa en el polo superior de unidades renales duplicadas, donde su prevalencia alcanza aproximadamente el 80 % (Ghaffari, 2021) (Belhassen, 2021).

Desde el punto de vista anatómico y funcional, los ureteroceles se clasifican en intravesicales y extravesicales o ectópicos. Los ureteroceles intravesicales incluyen tanto las variantes estenóticas como las no obstructivas, y se observan principalmente en sistemas renales no duplicados. Cerca del 40 % de los ureteroceles estenóticos presentan un orificio ureteral reducido, lo que ocasiona obstrucción parcial y dilatación del uréter proximal, pudiendo comprometer unidades renales únicas o el polo superior de sistemas duplicados. En contraste, aproximadamente el 5 % de los ureteroceles intravesicales corresponden a formas no obstructivas, caracterizadas por un orificio ureteral amplio y permeable (Ghanem, 2023).

Los ureteroceles extravesicales o ectópicos incluyen variantes como los esfinterianos, esfinterianos-estenóticos, cecoureteroceles y las inserciones ureterales ciegas, y se presentan con mayor frecuencia en sistemas renales duplicados, donde representan cerca del 60 % de los casos. Los ureteroceles esfinterianos pueden mostrar un orificio extravesical de tamaño normal o aumentado, capaz de

extenderse hacia el cuello vesical e incluso más allá del esfínter externo, lo que puede generar obstrucción del uréter o del polo superior. Su orificio tiende a permanecer abierto por influencia del esfínter. Aproximadamente el 5 % corresponde a ureteroceles esfinterianos-estenóticos, caracterizados por un orificio obstructivo, y otro 5 % a ureteroceles ectópicos ciegos, que carecen de orificio funcional. El cecoureteroceles, también alrededor del 5 % de los casos, presenta un orificio intravesical y una prolongación tubular que puede llenar y obstruir la uretra durante la micción (Ghanem, 2023).

Epidemiológicamente, los ureteroceles son una anomalía congénita poco frecuente, con una incidencia estimada entre 1 por cada 500 a 4 000 individuos. Afectan predominantemente a las mujeres, en quienes los sistemas renales duplicados son más comunes. Además, se presentan con mayor frecuencia en el lado izquierdo y en personas de ascendencia blanca (Ghanem, 2023) (Belhassen, 2021). En los riñones no duplicados, los ureteroceles suelen ser intravesicales y se observan con mayor frecuencia en hombres. En contraste, la mayoría de las mujeres con ureteroceles presentan sistemas duplicados. Aproximadamente el 10 % de los casos son bilaterales y, dentro de estos, la mayoría se asocia con duplicación completa del sistema urinario (Ghanem, 2023).

Técnicas quirúrgicas

Las técnicas endoscópicas representan el tratamiento de primera línea para los ureteroceles debido a su carácter mínimamente invasivo, menor morbilidad y rápida recuperación. La incisión endoscópica, realizada con instrumentos electroquirúrgicos o láser, ofrece altas tasas de resolución en ureteroceles intravesicales, aunque su eficacia disminuye en los ectópicos, donde el riesgo de reflujo postoperatorio es mayor y puede requerir reintervención. La punción láser muestra mejores resultados en términos de menor incidencia de reflujo (Ghanem, 2023) (Gnech, 2024).

El diagnóstico prenatal y la intervención temprana se asocia con mejores desenlaces. El seguimiento clínico e imagenológico es fundamental para detectar reflujo y evaluar la función renal. En adultos, los casos obstructivos pueden manejarse con dilatación endoscópica y stents doble J. En general, la incisión endoscópica constituye una alternativa terapéutica inicial segura y eficaz para preservar la función renal y reducir complicaciones. La incisión endoscópica del ureteroceles puede no ser adecuada en casos de ureteroceles grandes, ectópicos o asociados a reflujo, por lo que la reimplantación ureteral constituye una alternativa eficaz. Este abordaje es especialmente útil cuando existe buena función en el polo superior o reflujo severo del uréter inferior. La reconstrucción del tracto urinario inferior muestra altas tasas de éxito clínico (>90%), aunque puede asociarse a disfunción urinaria en algunos pacientes (Ghanem, 2023).

Los estudios muestran resultados variables con la cirugía mínimamente invasiva: aunque muchos pacientes permanecen libres de síntomas tras la incisión endoscópica, algunos casos requieren intervenciones secundarias. Este abordaje no suele considerarse definitivo en ureteroceles ectópicos asociados a sistemas dúplex y reflujo preoperatorio. Aun así, el consenso clínico señala que el tratamiento debe centrarse en prevenir infecciones urinarias, aliviar la obstrucción del parénquima, manejar el reflujo vesicoureteral y reducir la necesidad de cirugías adicionales y la morbilidad (Putra, 2025) (Essamoud, 2024).

Los ureteroceles ectópicos presentan mayores tasas de reoperación tras la incisión inicial. Para la reimplantación ureterovesical pueden emplearse técnicas intravesicales o extravesicales. Cuando la anatomía o la severidad de la hidronefrosis dificultan este procedimiento, se consideran alternativas como la ureteroureterostomía o la pieloureterostomía (Ghanem, 2023) (Jain, 2021).

En pacientes con función renal residual mínima ($\leq 10\%$), la nefroureterectomía del polo superior es una opción válida, reservándose para casos sintomáticos. El tratamiento conservador es adecuado en pacientes asintomáticos. La urosepsis secundaria a ureteroceles obstructivos requiere drenaje urgente, usualmente mediante incisión endoscópica. La reconstrucción adecuada por cirujanos expertos puede preservar la función renal y controlar el reflujo asociado (Ghanem, 2023) (Fernández-Alcaráz, 2022).

Resultados funcionales de la reconstrucción abierta

El manejo quirúrgico invasivo de los ureteroceles abarca desde técnicas simples, como el clipaje ureteral, hasta procedimientos reconstructivos más complejos como el reimplante ureteral, la ureteroureterostomía y la heminefrectomía superior. El clipaje ureteral ha mostrado ser una alternativa segura y eficaz para hemisistemas no funcionales, con menor complejidad que la extirpación o reconstrucción (Ortiz-Zableh, 2024).

La heminefrectomía superior continúa siendo una opción clásica y efectiva en sistemas duplicados con polos superiores severamente dañados, con buena resolución del reflujo y sin afectación significativa del polo inferior; sin embargo, no está exenta de riesgos vasculares. La ureteroureterostomía, evaluada en múltiples series, se considera una técnica segura que preserva la anatomía y función renal. El reimplante ureteral también ha mostrado eficacia para descomprimir el tracto urinario en ureteroceles ectópicos sin necesidad de reconstrucción completa. Otros estudios sobre reconstrucción abierta del tracto urinario reportan buenos resultados y baja necesidad de reintervención, aunque la evidencia muestra que ningún abordaje quirúrgico puede considerarse definitivo para todos los casos (Ortiz-Zableh, 2024).

Series clásicas con seguimiento prolongado

En un estudio analizaron la reconstrucción del tracto urinario inferior en moiedades renales no funcionantes asociadas a ureteroceles obstructivos, mostrando alta tasa de resolución definitiva de la obstrucción y del RVU, con morbilidad aceptable (Quitral, 2023). Estos trabajos, aunque antiguos, sustentan la idea de que la reconstrucción abierta ofrece resultados funcionales duraderos (buena continencia, bajo RVU residual, menos reintervenciones) a costa de una cirugía más compleja y una estancia hospitalaria mayor (Goel, 2021).

Evidencia reciente en reimplante ureteral complejo

En los últimos años han aparecido estudios de reimplante ureteral abierto, laparoscópico y robótico que incluyen pacientes con ureteroceles dentro de grupos de patología compleja del uréter distal (megauréter, estenosis, secuelas de cirugía previa) (Essamoud, 2024) (Gerber, 2020). Un estudio de 2024 sobre reimplante ureteral laparoscópico extravesical informó una tasa de éxito global del 92 % y mantenimiento de la función renal en la mayoría de los pacientes, con bajo índice de complicaciones y reintervenciones (Essamoud, 2024).

Una comparación multicéntrica entre reimplante abierto y robótico en población pediátrica mostró tasas de éxito superiores al 90 % en ambos grupos y reducción progresiva de las reoperaciones con la curva de aprendizaje robótica. Algunos casos correspondían a ureteroceles tratados de forma reconstructiva (Pogorelić, 2021). Aunque estos estudios no se centran exclusivamente en ureteroceles, refuerzan que, una vez corregida anatómicamente la unión ureterovesical, la función renal tiende a mantenerse estable y el riesgo de RVU u obstrucción residual es bajo (Essamoud, 2024).

Comparación: endoscopia vs reconstrucción abierta

A partir de la evidencia disponible (sobre todo no aleatorizada), la comparación puede resumirse en los siguientes puntos (Quitral, 2023) (Goel, 2021):

Preservación de función renal: Ambos enfoques preservan de forma efectiva la función renal cuando se aplican precozmente y se seleccionan bien los casos. La endoscopia permite descompresión rápida incluso en neonatos inestables y es menos invasiva; la reconstrucción abierta suele reservarse para hemioideidades con función pobre o para fracaso de la endoscopia (Jain, 2021).

Control de la obstrucción e hidronefrosis: la endoscopia brinda una resolución inicial elevada, pero en ureteroceles ectópicos y sistemas dúplex la obstrucción puede persistir o recidivar, requiriendo reoperación en aproximadamente 20–40 %. La reconstrucción abierta suele lograr resolución definitiva de la obstrucción y de la anatomía anómala en una sola cirugía, con tasas de éxito >90 % en las series contemporáneas de reimplante (Ghanem, 2023) (Esposito, 2021).

Función vesical a largo plazo: La preocupación clásica respecto a la reconstrucción amplia (sobre todo en ureteroceles bilaterales) es la disfunción vesical postoperatoria. Estudios de seguimiento muestran que la mayoría de niños mantienen buena capacidad vesical y continencia, aunque los casos con corrección bilateral extensa tienen mayor riesgo de trastornos miccionales y recurrencia de infecciones (Ghanem, 2023).

Reflujo vesicoureteral: la endoscopia (RVU de novo frecuente), sobre todo con incisiones amplias y en ectópicos; el láser y las micropunciones lo reducen, pero no lo eliminan. Parte de estos RVU son de bajo grado y se manejan de forma conservadora (Pogorelić, 2021) (Anand, Pubmed Central, 2022). La reconstrucción está diseñada precisamente para corregir o prevenir el RVU; las tasas de RVU significativo posterior son bajas (Goel, 2021).

Infecciones urinarias y síntomas: En ambos grupos, la frecuencia de UTIs disminuye tras la descompresión/corrección; las recurrencias se asocian más a RVU persistente, disfunción vesical o vaciado incompleto que al tipo de cirugía (Quitral, 2023) (Keene, 2020).

Morbilidad, hospitalización y calidad de vida: Endoscopia, procedimiento corto, habitualmente con estancias <48 h y mínima analgesia. Ideal para lactantes y niños pequeños. Reconstrucción abierta o laparoscópica: incisiones mayores, mayor dolor posoperatorio y estancias más prolongadas, aunque la cirugía mínimamente invasiva avanzada ha reducido algo este impacto (Ghaffari, 2021).

Diversos estudios han comparado el manejo endoscópico y la cirugía reconstructiva (abierta o laparoscópica) en ureteroceles asociados a sistemas duplicados. En general, la punción endoscópica ofrece una descompresión inicial efectiva, pero presenta mayores tasas de reintervención, especialmente cuando no se realiza la escisión del ureterocele. La cirugía reconstructiva, incluida la heminefrectomía, la ureteroureterostomía o el reimplante ureteral, ha demostrado menores tasas de infecciones urinarias, mejor resolución del reflujo y mayor probabilidad de ser un tratamiento definitivo (Ortiz-Zableh, 2024).

A pesar de esto, el manejo endoscópico sigue siendo útil en casos seleccionados, especialmente en ureteroceles intravesicales de sistema único, mientras que los ureteroceles ectópicos o asociados a dilatación severa suelen beneficiarse de reconstrucción quirúrgica en una o varias etapas. En la mayoría de estudios, ninguna de las técnicas mostró deterioro significativo de la función vesical a largo plazo (Ortiz-Zableh, 2024). Diversos estudios comparan el manejo endoscópico con la cirugía abierta o laparoscópica en ureteroceles pediátricos. La evidencia señala que las reintervenciones son más frecuentes cuando no se realiza la escisión del ureterocele, aunque la reconstrucción del tracto urinario no afecta la continencia. Varios trabajos muestran que la punción endoscópica puede ser efectiva y,

en muchos casos, suficiente como tratamiento definitivo, mientras que otros estudios destacan que la heminefrectomía ofrece mejores resultados en obstrucción severa, con menos IVU y menor necesidad de nuevas cirugías. La cirugía reconstructiva en una sola etapa puede reducir reintervenciones, pero no siempre es necesaria. En general, tanto el manejo endoscópico como el quirúrgico pueden resolver el RVU en la mayoría de los pacientes, y la elección del abordaje depende de la anatomía del sistema colector y de la severidad del compromiso (Zhang, 2023) (Salehi-Pourmehr, 2024).

DISCUSIÓN

El ureteroceles continúa siendo una anomalía congénita del tracto urinario cuya presentación, manejo y pronóstico dependen en gran medida de su anatomía, la presencia o ausencia de duplicación renal y el grado de obstrucción o reflujo asociado. La literatura reciente muestra que, aunque su incidencia global es baja, la heterogeneidad anatómica y funcional de estas lesiones explica la amplia variedad de abordajes terapéuticos descritos. En este sentido, cobra especial relevancia la distinción entre ureteroceles intravesicales y extravesicales, dado que esta clasificación no solo determina la fisiopatología subyacente sino también las tasas de éxito y fracaso de las intervenciones quirúrgicas.

Los estudios revisados muestran que los ureteroceles intravesicales, especialmente aquellos no obstructivos, tienden a presentar un mejor comportamiento clínico y responden favorablemente a estrategias mínimamente invasivas. En contraste, los ureteroceles ectópicos, frecuentemente asociados a sistemas renales duplicados y a mayor grado de obstrucción, representan un desafío terapéutico mayor. Este subgrupo presenta mayor riesgo de reflujo vesicoureteral, infecciones urinarias recurrentes y necesidad de intervenciones secundarias tras el tratamiento inicial. Por ello, la identificación temprana de variantes anatómicas de riesgo permite seleccionar un tratamiento más adecuado y anticipar posibles complicaciones.

En cuanto al manejo quirúrgico, la evidencia actual reafirma que la incisión endoscópica constituye el tratamiento de primera línea debido a su baja invasividad, corta estancia hospitalaria y eficacia razonable para aliviar la obstrucción. No obstante, su mayor limitación radica en el riesgo de RVU posoperatorio y la frecuencia de reintervenciones, particularmente en ureteroceles ectópicos y en sistemas duplicados. Las técnicas endoscópicas con láser han demostrado reducir parcialmente esta complicación, pero no la eliminan. Esta variabilidad en resultados sugiere que el abordaje endoscópico debe considerarse una estrategia inicial, pero no necesariamente definitiva, especialmente en anatomías complejas.

Por otro lado, la cirugía reconstructiva abierta o laparoscópica muestra tasas de éxito superiores al 90 % en series contemporáneas, con mayor estabilidad funcional y menores tasas de recurrencia del RVU, aunque a costa de mayor morbilidad y recuperación más prolongada. La literatura coincide en que los procedimientos reconstructivos, como la ureteroureterostomía, la heminefrectomía del polo superior o el reimplante ureteral, son particularmente beneficiosos en pacientes con daño renal significativo, ureteroceles ectópicos y aquellos en quienes el tratamiento endoscópico ha fallado. Los avances en técnicas mínimamente invasivas, especialmente la laparoscopia y la cirugía robótica, han permitido disminuir la morbilidad asociada y mejorar la precisión en la reconstrucción de la unión ureterovesical.

Un punto clave en el análisis comparativo entre endoscopia y cirugía reconstructiva radica en la preservación de la función renal. Ambas técnicas parecen mantener de manera efectiva la función en sistemas con daño reversible, siempre que el tratamiento se realice de manera temprana. Sin embargo, cuando la función residual es mínima ($\leq 10\%$), la heminefrectomía continúa siendo la opción preferida, con resultados funcionales aceptables y baja tasa de complicaciones. De manera similar, el desarrollo de RVU o disfunción vesical tras procedimientos más extensos sigue siendo motivo de preocupación, aunque la mayoría de estudios indican que, a largo plazo, la continencia y la función miccional se

mantienen en rangos normales para la edad. La evidencia también destaca el papel del diagnóstico prenatal, que permite una intervención más temprana y un seguimiento estrecho, lo cual está asociado con mejores desenlaces y menor deterioro renal. Asimismo, la tendencia actual enfatiza una toma de decisiones individualizada, basada en la anatomía del ureteroceles, el grado de obstrucción, la función renal del polo superior e inferior, la presencia de infecciones urinarias recurrentes y el contexto clínico del paciente.

Finalmente, el análisis de las series contemporáneas sugiere que ningún abordaje quirúrgico es universalmente definitivo. La elección del tratamiento óptimo depende de un equilibrio entre la eficacia, la preservación renal, la morbilidad quirúrgica y el riesgo de reintervención. Mientras que la endoscopia ofrece una solución rápida y segura en muchos casos, la reconstrucción abierta o mínimamente invasiva proporciona resultados más duraderos en ureteroceles complejos. En conjunto, la evidencia respalda un enfoque escalonado, donde el objetivo principal es preservar la función renal, prevenir infecciones y minimizar la necesidad de cirugías adicionales.

CONCLUSIONES

El ureteroceles presenta variabilidad anatómica que condiciona su manejo. La incisión endoscópica es la primera opción por ser mínimamente invasiva, aunque con mayor riesgo de reflujo en casos complejos. Las técnicas reconstructivas abiertas o mínimamente invasivas brindan soluciones más definitivas, pero con mayor morbilidad. La preservación renal depende del diagnóstico precoz y de elegir el tratamiento según la anatomía y la función renal. En general, el manejo debe individualizarse, ya que no existe un enfoque único válido para todos los casos.

REFERENCIAS

Anand, S. (24 de Diciembre de 2021). Pubmed. De Novo Vesicoureteral Reflux Following Ureterocele Decompression in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Laser Puncture versus Electrosurgical Incision Techniques. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35053634/>

Anand, S. (Febrero de 2022). Pubmed Central. Comparison of Unnoticed Glove Perforations during Minimally Invasive versus Open Surgeries: A Systematic Review and Meta-Analysis. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35204901/>

Belhassen, S. (9 de Abril de 2021). The Pan African Medical Journal. Urétérocèle sur uretère simplex chez l'enfant: aspects cliniques et thérapeutiques. Obtenido de <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/38/345/full/>

Esposito, C. (Octubre de 2021). Pubmed Central. Robot-Assisted Laparoscopic Extra-Vesical Ureteral Reimplantation (Ralur/Revur) for Pediatric Vesicoureteral Reflux: A Systematic Review of Literature. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34324913/>

Essamoud, S. (Septiembre de 2024). Pubmed Central. Robot-assisted laparoscopic extravesical ureteral reimplantation (RALUR-EV): a narrative review. Obtenido de https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11467227/?utm_source=chatgpt.com

Fernández-Alcaráz, D. (Diciembre de 2022). Pubmed Central. Laparoscopic vs Open Extravesical Ureteral Reimplantation in Pediatric Population: A Single-Center Experience. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36127884/>

Gerber, J. A. (Agosto de 2020). Pubmed Central. Robot-assisted laparoscopic ureteral reimplantation in children: a valuable alternative to open surgery. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31004205/>

Ghaffari, N. (Noviembre de 2021). American Journal of Obstetrics and gynecology. Ureterocele ectópico. Obtenido de [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(21\)00674-8/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)00674-8/fulltext)

Ghanem, K. (12 de Octubre de 2023). Stat Pearls. Ureterocele. Obtenido de https://www.statpearls.com/point-of-care/155224?utm_source=mds&medium=organic

Gnech, M. (Diciembre de 2024). Journal of Pediatric Urology. Endoscopic incision of ureterocele. Obtenido de [https://www.jpuirol.com/article/S1477-5131\(24\)00464-9/fulltext](https://www.jpuirol.com/article/S1477-5131(24)00464-9/fulltext)

Jain, V. (Abril de 2021). Pubmed Central. Management and outcomes of ureteroceles in children: An experience of 25 years. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8173935/>

Keene, D. (June de 2020). Journal Pediatric Urology. Duplex systems: Top-down or bottom-up approach? Obtenido de [https://www.jpuirol.com/article/S1477-5131\(20\)30058-9/abstract#au1](https://www.jpuirol.com/article/S1477-5131(20)30058-9/abstract#au1)

Nabavizadeh, B. (June de 2024). Urology Journal. Obtenido de <https://journals.sbm.ac.ir/urolj/index.php/uj/article/view/6028>

Ortiz-Zableh, A. M. (27 de Septiembre de 2024). Scielo. Aproximación al manejo del ureterocele y los desenlaces clínicos en la población pediátrica: una revisión sistemática. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2027-01192024000300131&script=sci_arttext

Pogorelić, Z. (Agosto de 2021). Journal of Pediatric Urology. Laser-puncture of the ureterocele in neonatal patients significantly decreases an incidence of de novo vesico-ureteral reflux than electrosurgical incision. Obtenido de [https://www.jpurology.com/article/S1477-5131\(21\)00110-8/abstract](https://www.jpurology.com/article/S1477-5131(21)00110-8/abstract)

Pohl, H. G. (Agosto de 2023). Science Direct. Embryology, Treatment, and Outcomes of Ureteroceles in Children. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094014323000344?via%3Dihub>

Putra, A. G. (2025). Urological Surgery. Ureterocele en adultos: estudio de caso y revisión de presentaciones clínicas y opciones de tratamiento. Obtenido de <https://jurolsurgery.org/articles/ureterocele-in-adults-a-case-study-and-review-of-clinical-presentations-and-management-options/jus.galenos.2024.2023-10-5>

Quitral, M. (4 de Diciembre de 2023). Science Direct. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949711623000916>

Salehi-Pourmehr, H. (Abril de 2024). Pubmed Central. Surgical patterns in the endoscopic management of pediatric ureterocele: A systematic review and meta-analysis. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38705762/>

Zhang, Y. (1 de Julio de 2023). Springer Nature Link. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11255-023-03694-y>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .